



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

Estimulación cognitiva en un caso único de deterioro cognitivo leve a
través de la Terapia Ocupacional

Cognitive stimulation in a single case of mild cognitive impairment
through the Occupational Therapy

Autor: DORU ADRIAN PALACEAN

Director: IGNACIO OLIVAR NOGUERA

Cotutora: ISABEL GÓMEZ SORIA



**Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

RESUMEN

Introducción: este trabajo intenta valorar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva diseñado para una paciente, que padece Deterioro Cognitivo Leve y ver su transferencia a la vida diaria.

Metodología: el diseño del trabajo es de un caso único de una persona con Deterioro Cognitivo Leve, usuaria de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales "Los Sitios" de la Fundación La Caridad situada en Zaragoza. El modelo que se ha tenido en cuenta a la hora de establecer el programa de intervención ha sido el Modelo de Ocupación Humana.

Resultados: después de analizar los resultados obtenidos tras la reevaluación, se observa un mantenimiento e incluso mejoría en la capacidad funcional y en la cognición.

Conclusiones: cabe destacar el papel fundamental del terapeuta ocupacional, conocedor de los principios fundamentales de análisis y adaptación de la ocupación, del proceso de evaluación y planificación de tratamiento desde la Terapia Ocupacional. Por todo ello es indicada la personalización de las sesiones de intervención en función de las necesidades individualizadas y desempeño ocupacional de la persona.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, deterioro cognitivo leve, estimulación cognitiva, plasticidad cerebral, trastorno neurocognitivo leve.

ABSTRACT

Introduction: this study attempts to assess the effectiveness of a cognitive stimulation program designed for a patient suffering from mild cognitive impairment and see their transfer to daily life.

Methods: the design of the work is a unique case of a person with Mild Cognitive Impairment, user of the Unit of Mild Cognitive Impairment and Initial Dementias "The Sites" of the La Caridad Foundation located in Zaragoza. The model that has been taken into account when establishing the intervention program is the Model of Human Occupation (MOHO).

Results: after analyzing the results obtained after reassessment, maintenance and even improvement in functional ability and cognition has been observed.

Conclusions: it is important to highlight the fundamental role of the occupational therapist, knowledgeable of the basic principles of analysis and adaptation of the occupation, of the process of evaluation and treatment from the Occupational Therapy planning. For all this reasons it is indicated the personalization of the intervention sessions according to the individual needs and occupational performance of the person.

Keywords: Occupational Therapy, mild cognitive impairment, cognitive stimulation, cerebral plasticity, mild neurocognitive disorder.

AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo Fin de Grado (TFG) realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza es un esfuerzo en el cual, de forma directa o indirectamente, participaron distintas personas corrigiendo, opinando, dando animo en todos los momentos buenos y malos. Mis agradecimientos a mi director, el Prof. IGNACIO OLIVAR NOGUERA y también a mi cotutora, la Dra. ISABEL GÓMEZ SORIA.

Quiero dar las gracias a F.G.V que es la persona que aceptó y mostró la disponibilidad de participar en este TFG, contestando a todas las pruebas y escalas de evaluación así como en las sesiones de intervención. Te agradezco la confianza y empatía que me has ofrecido durante todo este tiempo y si algo he aprendido de usted, es sonreír antes de empezar a trabajar.

Un especial agradecimiento a Susana Arilla Viartola, directora de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales “Los Sitios” de la Fundación La Caridad por la aceptación de dejarme trabajar con la usuaria del centro y confiar en este trabajo.

Las palabras nunca serán suficientes para testimoniar mi aprecio y mi gratitud.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	12
3. METODOLOGÍA	13
4. DESARROLLO	19
RESULTADOS	21
5. DISCUSIÓN	23
6. CONCLUSIONES	24
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
8. ANEXOS	30

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué se entiende por el concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL)? Actualmente el concepto de DCL se define a partir de los conceptos más antiguos de deterioro cognitivo asociado a la edad. Las distintas definiciones tienen muchos puntos en común: alteración subjetiva en la memoria, su confirmación objetiva en baterías neuropsicológicas generales y preservación de las actividades habituales ⁽¹⁾.

El DCL según los criterios de Petersen et al ⁽²⁾ se define como:

- a) Quejas de fallos de memoria referidos por el paciente o por un familiar.
- b) Rendimiento cognitivo general normal.
- c) Alteración de la memoria objetivada mediante tests con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad (1,5 desviación típica o mas por debajo de la media)
- d) Ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades básicas de la vida diaria.
- e) Ausencia de demencias.

Este trastorno puede afectar a distintas áreas del pensamiento y capacidades cognitivas, como la memoria, el lenguaje, la atención, el razonamiento y el juicio, la lectura y la escritura.

Autores como Petersen y Negash dividieron la clasificación del DCL en cuatro subgrupos (ver figura 1) ⁽³⁾:

- a) DCL amnésico (DCL con afectación exclusiva de la memoria);
- b) DCL amnésico-multidominio (DCL de tipo amnésico con dominios múltiples, como, por ejemplo, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, etc);

c) DCL no amnésico (afectación exclusivamente de una única función diferente a la memoria, como por ejemplo, sólo lenguaje o sólo funciones ejecutivas).

d) DCL no amnésico-multidominio (DCL de tipo no amnésico con dominios múltiples, es decir, alteración de más de una función diferente a la memoria, por ejemplo, lenguaje y funciones ejecutivas o lenguaje, funciones ejecutivas y praxias).

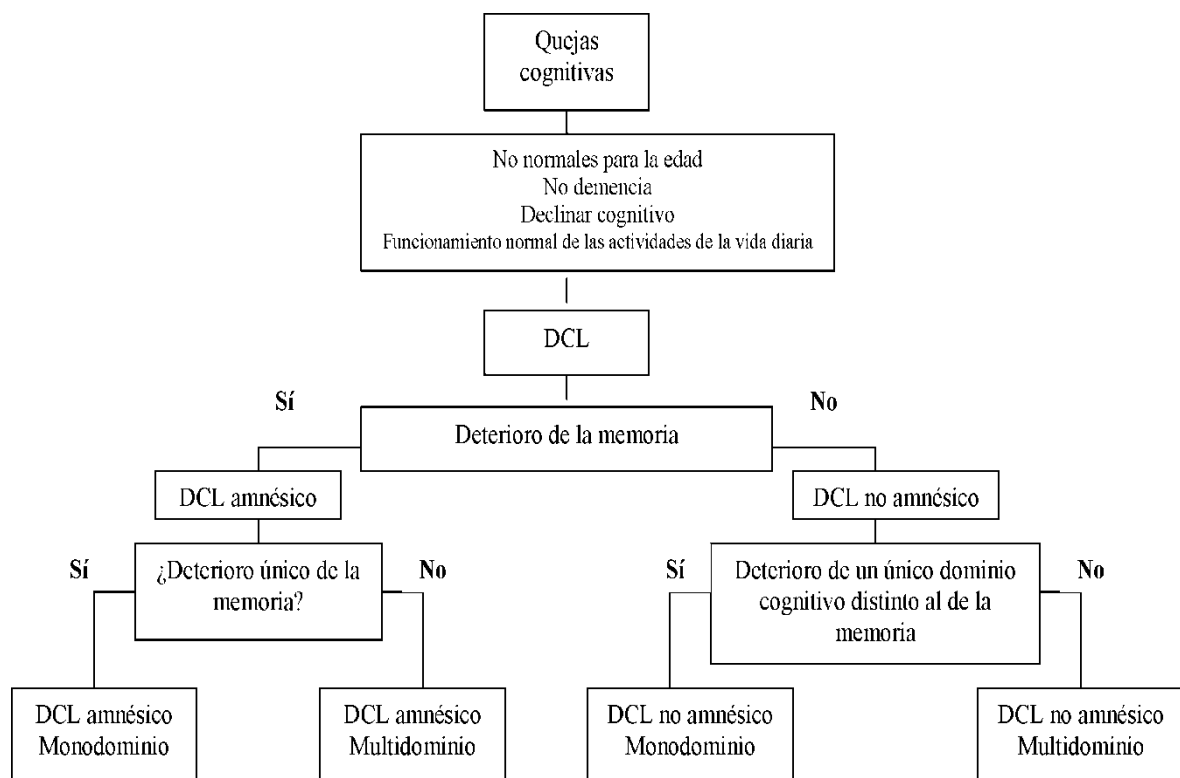


Figura 1. Clasificación (subtipos) de DCL (Petersen y Negash, 2008).

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* el término DCL es definido como trastorno neurocognitivo leve. El criterio que diferencia un trastorno neurocognitivo leve de uno mayor es que las dificultades cognitivas no deben influir en la capacidad de la persona para efectuar las Actividades Básicas de la Vida Diaria AVD ⁽⁴⁾.

La incidencia del DCL amnésico oscila entre 9,9 y 40,6 por 1000 personas-año y la del DCL no- amnésico entre 28- 36,3 por 1000 personas-año ⁽⁵⁾.

Según varios estudios, cada año un 12-15% de los pacientes con DCL desarrollan demencias y, a los 3-5 años de seguimiento, el 30- 60% de los casos están dementes ^(2,13).

Autores como Ganguli, Loewenstein y Peraita et al., afirman según sus estudios que el DCL puede permanecer estable a lo largo del tiempo o incluso puede revertir a la normalidad cognitiva ⁽⁶⁻⁸⁾.

Cabe destacar la importancia de la detección temprana, ante la falta de un tratamiento curativo en el momento actual, en primer lugar, por la necesidad del tratamiento en fases iniciales ⁽⁹⁻¹²⁾. En segundo lugar, en los últimos diez años se ha comenzado a asumir el hecho incontestable de que la demencia no es una unidad aislada y perfectamente diferenciada, sino el extremo de un continuo más amplio del deterioro cognitivo ⁽¹³⁾

Las investigaciones recientes enfocadas a valorar el efecto de las intervenciones en personas con DCL ofrecen resultados prometedores ⁽¹⁴⁾ señalando que a pesar de sus alteraciones cognoscitivas, los sujetos con DCL mantienen la capacidad de aprender nuevas informaciones habiendo evidencias de plasticidad cognitiva ⁽¹⁵⁾. Entre los métodos más estudiados se encuentran las intervenciones basadas en programas de estimulación cognitiva, de actividades físicas y modificaciones en la dieta ⁽¹⁶⁾, otros tipos de intervención como la rehabilitación cognitiva, entrenamiento cognitivo y la estimulación multimodal.

Un programa de estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo, tiene como objetivo principal la mejora del funcionamiento cognitivo, aumentando las capacidades y habilidades cognitivas que aun tiene la persona, así como enlentecer el proceso de deterioro ⁽¹⁷⁾. Estos programas se aplican en los siguientes ámbitos:

- Desarrollo infantil
- Daño cerebral
- Deterioro cognitivo progresivo asociado al envejecimiento, o a enfermedades neurocognitivas.

En este último ámbito, la estimulación cognitiva activa la reserva cognitiva, frenando el deterioro cognitivo y así aumentar la calidad de vida del paciente.

El concepto de reserva se ha presentado para tener en cuenta las diferencias individuales en la susceptibilidad a los cambios cerebrales relacionados con la edad y los cambios patológicos. La reserva puede actuar como un moderador entre la patología y el resultado clínico, lo que explica esta discontinuidad ⁽¹⁸⁾.

Existen dos tipos de reservas:

1. Reserva cerebral, que se refiere a las diferencias reales en el propio cerebro que pueden aumentar la tolerancia de la patología ⁽¹⁹⁾.
2. Reserva cognitiva. La reserva cognitiva se refiere a la adaptación del cerebro a una situación de lesión utilizando recursos cognitivos preexistentes, o bien recursos de compensación mediante la activación de nuevas redes neuronales ⁽²⁰⁾. El concepto de reserva cognitiva sostiene la promesa de intervenciones que podrían frenar el envejecimiento cognitivo o reducir el riesgo de demencia ⁽¹⁹⁾.

Aquellas personas que a lo largo de la vida han recibido estimulación cerebral en forma de adquisición de conocimientos, actividades físicas o sociales tienen una mayor reserva cerebral, es decir, sus cerebros toleran cierta cantidad de lesiones sin que aparezcan los síntomas de una posible enfermedad neurodegenerativa, tal y como ha demostrado David Snowdon en su famoso estudio de las monjas, sobre envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer ⁽²¹⁾.

A lo largo de nuestra vida, la neuroplasticidad se produce en tres situaciones principales: durante el desarrollo del ser humano (recién nacido hasta la vejez); durante el aprendizaje y durante la recuperación de una lesión o enfermedad neurológica (sensorial, motora o cognitiva).

La neuroplasticidad no puede ser comprendida solamente como la capacidad del organismo para adaptarse a una lesión y poder compensar, de alguna forma sus efectos, sino que también debe ser reconocida su importancia, ofreciendo la posibilidad de optimizar el rendimiento y las capacidades para adaptarse a nuevas situaciones. Según Kolb B. et al., la plasticidad cerebral se define como la capacidad del sistema nervioso para cambiar su estructura y su funcionamiento a lo largo de su vida como reacción a la diversidad del entorno ⁽²²⁾.

Existen varias teorías sobre la neuroplasticidad, entre las cuales la Ley de Hebb que afirma que cuando un axón de una neurona "A" excita una célula neuronal "B" persistentemente y repetidamente, activándola, en al menos una de las dos células tiene lugar un proceso de crecimiento o cambio metabólico, de manera que la eficiencia de la célula "A" como célula activadora aumenta ⁽²³⁾. Lo que demuestra que la actividad mental produce un aumento de las conexiones sinápticas resultando nuevas modificaciones en el cerebro, apoyando así las bases de los programas de los programas de mantenimiento y otros aprendizajes complejos en las edades avanzadas ⁽²⁴⁾.

El propósito de este trabajo es valorar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva diseñado para una paciente de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales "Los Sitios" de la Fundación La Caridad situada en Zaragoza, que padece Deterioro Cognitivo Leve y ver su transferencia a la vida diaria.

La intervención desde terapia ocupacional en el paciente con DCL se basará en la estimulación de las distintas áreas como la memoria, el lenguaje, la atención, el razonamiento y el juicio, la lectura y la escritura.

Así como mantener, mejorar, potenciar las capacidades cognitivas preservadas y compensar las deterioradas con el fin de evitar la desconexión con el entorno y mantener la máxima funcionalidad durante el mayor tiempo posible.

2. OBJETIVOS

- Objetivo principal:
 - Valorar la efectividad de un programa de intervención cognitiva en un adulto mayor con deterioro cognitivo leve.
- Objetivos específicos:
 - Mejorar el estado cognitivo general.
 - Que la usuaria conozca cómo funciona la memoria, el por qué le ocurren los olvidos cotidianos y darle herramientas e ideas para que pueda utilizar estrategias y poner soluciones por ella misma.
 - Conservar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
 - Estimular las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

3. METODOLOGÍA

Para la justificación de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en base de datos como PubMed, Scielo, OTSeeker. En el proceso de búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores: "deterioro cognitivo leve", "Terapia Ocupacional", "estimulación cognitiva", "plasticidad cerebral" y "trastorno neurocognitivo leve"

Después de la búsqueda en la base de datos se han encontrado más evidencias con el termino antiguo "deterioro cognitivo leve" que el termino actual "trastorno neurocognitivo leve" que emplea el DSM V.

El diseño del trabajo es de un caso único de una persona con Deterioro Cognitivo Leve, usuaria de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales "Los Sitios" de la Fundación La Caridad situada en Zaragoza.

Antes de la selección de la persona, se han establecido los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: persona con diagnostico DCL
- Criterios de exclusión: alteraciones sensoriales graves y trastornos neuropsiquiátricos.

El proceso de intervención ha tenido una duración de unos dos meses y medio, desarrollándose un total de 24 sesiones de 1 hora de duración cada una, dos días a la semana. Las sesiones de intervención se llevan a cabo en la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales "Los Sitios" de la Fundación La Caridad.

En este programa se aplicará el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) ⁽²⁵⁾ que está compuesto por tres subsistemas: el sistema volitivo, el sistema de habituación y el sistema de ejecución.

A la hora de establecer un tipo de tratamiento, desde el sistema volitivo se tiene en cuenta la motivación de la persona, la valoración, las

metas que desea alcanzar y los intereses que cada paciente tiene. Desde el sistema de habituación se actúa en función de los hábitos y las rutinas de las personas, de manera que va a producir beneficios y permitir que los objetivos se cumplan de manera más correcta. Para finalizar el sistema de ejecución tiene en cuenta las destrezas y habilidades de las personas, teniendo presente durante toda la intervención su entorno.

3.1. Perfil ocupacional

F.G.V. sexo femenino, de 82 años en la actualidad. Viuda desde hace tres años. Tiene una hija y un hijo. Nació en Munébrega, un municipio de la Comunidad de Calatayud, en la provincia de Zaragoza. Ella es la segunda hermana de un total de cuatro hermanas. Fue al colegio hasta los siete años cuando se quedó en casa a cuidar de su madre y sus dos hermanas pequeñas y el padre. Más tarde se vino a vivir con la familia a Zaragoza y cuando ella tenía 24 años se casa con J. que trabajaba de carpintero.

Diagnosticada en mes de junio del año 2010 con deterioro cognitivo leve y en el año 2012 con osteoporosis. En la historia clínica aparecen también otros antecedentes médicos como insomnio, hipertensión arterial (HTA) y gonartrosis.

Acude al médico debido a un empeoramiento de su memoria. Se aprecian también síntomas y episodios de anorexia y negación de la alimentación.

Actualmente es jubilada, y vive con la hija. Trabajó como sirvienta y cuidadora del hogar y de su familia. El rol más importante que ella ha ejercido durante toda la vida es el rol de ama de casa que según ella es lo único que sabe hacer. También le da mucho valor al rol de miembro de familia, considerando muy importante la unión y buena estructura familiar.

Es muy religiosa y creyente pero no participa en organizaciones o grupos religiosos más allá de escuchar misa los domingos o días destacados.

No tiene ninguna afición ya que debido a su situación no tuvo ningún entretenimiento, tan solo el cuidar de otros y realizar las tareas del hogar. Le gusta mucho pasear pero no lo considera y no lo ve como una afición.

En las ABVD es independiente aunque necesita supervisión para la ducha obligarle a ducharse. En el vestido necesita supervisión para escoger la ropa adecuada al tiempo.

En las AIVD la paciente tiene dificultad en usar el teléfono, necesita ir acompañada para realizar cualquier compra debido a que no controla el manejo del dinero. En cuanto a la preparación de la comida solo usa el microondas para calentar la comida.

Las actividades que más le interesan son: caminar, limpiar la casa, lavar/planchar, celebrar días festivos.

3.2. Proceso de valoración

La valoración inicial se realiza mediante recopilación de información a través de fuentes indirectas (como la historia clínica, entrevista con la familia y con la paciente) y pruebas estandarizadas como:

- Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Set-Test de Isaac
- Índice de Barthel
- Escala de Lawton y Brody
- Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS)
- Listado de Intereses Adaptado

La puntuación obtenida se muestra en la tabla I.

Tabla I PROCESO DE VALORACIÓN

Prueba	Puntuación	Descripción de la prueba	Observaciones
MEC ^{*(26,27)}	21/34	<i>Evalúa la orientación espacial y temporal, el recuerdo inmediato (memoria de fijación), la memoria a medio término y habilidades de sustracción serial o el deletreo hacia atrás. También mide capacidades constructivas (la habilidad de copiar una figura de Bender) y el uso del lenguaje. La puntuación total es de 35 puntos.</i>	<i>En la evaluación de la orientación temporal la usuaria no se acuerda del día del mes y la estación en el que esta.</i> <i>En el apartado del cuestionario que valora la memoria a corto plazo no se acuerda de las tres palabras memorizadas anteriormente.</i>
Set Test de Isaac ^(28,29)	27/40	<i>Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías (colores, animales, frutas, ciudades) y la memoria semántica.</i>	<i>No se observa ninguna incidencia destacable.</i>
Índice de Barthel ^(30,33,32)	95/100	<i>Valora las capacidades de la persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación, escaleras.</i>	<i>Necesita supervisión para la ducha y que le recuerden que se tiene que duchar.</i> <i>Para escoger la ropa adecuada al tiempo necesita supervisión.</i> <i>Se le tiene que recordar ponerse crema hidratante en las manos.</i>
Escala de Lawton y Brody ^(33,34)	4/8	<i>Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).</i>	<i>Usa el teléfono fijo con la agenda al lado y el teléfono móvil no sabe utilizar.</i> <i>Calienta la comida en microondas.</i> <i>Necesita ir acompañada a realizar las compras ya que no controla el manejo del dinero.</i> <i>Supervisión para poner la lavadora.</i>

* (MEC) Mini-examen cognoscitivo de Lobo

3.3 Descripción del tratamiento/plan de actuación

El plan de intervención se realiza a través de un programa de estimulación cognitiva, orientación a la realidad y reminiscencia que abarca todos los aspectos de la persona desde los aspectos emocionales hasta los aspectos cognitivos. Su aplicación será personalizada, flexible y basada en la aplicación del modelo de ocupación humana y el enfoque de restauración y mantenimiento ⁽³⁵⁾.

El tratamiento se ha llevado a cabo en la sala de terapia ocupacional de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales “Los Sitios” de la Fundación La Caridad, dotada de un amplio espacio para sesiones individuales y grupales.

El material utilizado en las sesiones consiste en imágenes que muestren diferentes objetos cotidianos, rostros y alimentos que guardan relación con las ABVD y AIVD. Se ha empleado también los cuadernos de colores de estimulación cognitiva (Tabla II) ⁽³⁶⁾ que contiene cuatro ejercicios de cada una de las funciones mentales superiores (memoria, orientación, lenguaje, praxis, gnosia, cálculo, percepción, razonamiento, atención y programación).

Tabla II Cuaderno de color rojo:

1. Memoria:

- Observe el dibujo y describa lo que ocurre.
- Lea 2 listas de palabras y recuerde asociando las palabras iguales de las dos listas.
- En 5 minutos recuerde estos 20 elementos.
- Evoque y describa olores y sensaciones táctiles.

2. Orientación

- Recuerde los meses y estaciones del año.
- Recuerde los meses y estaciones del año.
- Recuerde tus datos personales y el nombre de tus familiares.
- Recuerde tus datos personales y el nombre de tus familiares.

3. Lenguaje:

- Escriba palabras que empieza por la letra (...)
- Complete las frases.
- Lea el texto y responda (abuelos como el mío).
- Una los sinónimos y explique brevemente estas palabras (6 elementos).

4. Praxis:

- Bender 1.1. Remodelado.
- Bender 1.2. Remodelado.
- Recorte y forme el puzle de 8 piezas con el dibujo de fondo.
- Recorte estas 9 figuras y pégalas en la siguiente hoja.

5. Gnosis:

- Busque en el dibujo estos 12 elementos.
- Después, los elementos del ejercicio anterior, relaciónelos en cada frase.
- Coloree estos 4 símbolos de la forma indicada.
- Copie estas frases y estos números.

6. Calculo:

- Sume los dos sumandos de las siguientes cantidades.
- En 15 minutos efectúe las siguientes restas.
- Realice los siguientes problemas.
- Realice los siguientes problemas.

7. Percepción:

- Complete las figuras.
- Trace triángulos siguiendo los puntos como en el ejemplo.
- Copie el dibujo sobre los puntos.
- Siga las tres secuencias.

8. Razonamiento lógico:

- Encaje la parte del puzle que falta.
- Encaje la parte del puzle que falta.
- Responda a las preguntas según sus parecidos o diferencias.
- Responda a las preguntas según sus parecidos o diferencias.

9. Atención:

- Encuentre en el texto estas 4 letras.
- Encuentre las figuras iguales.
- Señale los errores que aparecen en estas 6 series.
- Busque las mismas ruedas.

10. Programación:

- Coloree con 9 colores el dibujo siguiendo las consignas.
- Habilidades sociales.
- Organice un viaje y responda a las preguntas.
- Recuerde las palabras que asocia a vacaciones.

4. DESARROLLO

Antes de empezar el proceso de evaluación se le ha entregado el modelo de consentimiento informado junto con el documento de información a la paciente, explicándole los objetivos planteados, expresando de forma totalmente voluntaria su participación en el mismo.

En la tabla III se puede apreciar la estructura y secuencia de una sesión de intervención. La secuencia a seguir en cada sesión es la misma, variando las actividades, procedimientos y medios. En cada sesión se abordan diferentes aspectos cognitivos, pretendiendo abarcar con cada sesión la mayor cantidad de procesos cognitivos posibles.

Una sesión comienza con una actividad motivadora y emocionalmente positiva que tiene como finalidad aumentar la capacidad de autocontrol y autoeficacia de la persona. Tras ella se realiza una actividad de respiración para aportar mayor cantidad de oxígeno al cerebro. En función de la sesión intervendrán procesos de percepción, atención, sensación, aprendizaje, memoria, pensamiento o lenguaje. Terminamos la sesión con una actividad de relajación y/o reminiscencia.

Área	Contenido	Actividad, procedimiento, medios....	Tiempo
Motivación/volición	Motivación y emoción positiva	Presentación del tema. Evaluación inicial del tema.	5 min
Respiración	Ejercicios de respiración	Entrenamiento de la respiración controlada y consciente.	5 min
Atención/Percepción	Ejercicios de atención	Por ejemplo: ejercicios de atención a estímulos novedosos, atención selectiva, concentración y reconocimiento de diferentes estímulos	15 min
Memoria y aprendizaje	Calculo	Estimula la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos	15 min
Pensamiento/lenguaje	Adivinanzas	Esta actividad permite la interacción verbal, de poner en común elementos u objetos que conduzcan al significado de la adivinanza. Se tiene que tener en cuenta la dificultad de la adivinanza, dando más pistas en el caso de que no se puede llegar a la respuesta	10 min
Reminiscencia/relajación	Orientación	La orientación nos sirve para tener presentes los datos básicos de la realidad en la que nos encontramos así como mantener en nuestra memoria la información respecto del momento en el que vivimos, del lugar en el que nos encontramos y de la identidad de nuestra propia persona.	10 min

Tabla III Estructura y secuencia de una sesión típica

A F.G.V. se le enseña el uso de un teléfono móvil adaptado para mayores con una sencilla interfaz y números grandes para una mayor utilización, también hemos practicado la correcta utilización del teléfono en caso de contestar/realizar a una llamada.

Para conseguir una mayor autonomía en las ABVD se ha aconsejado a la hija que compre una silla de ducha para que F.G.V. pueda estar sentada durante la ducha y no necesitar la supervisión de la hija mientras se está duchando. También se ha cambiado la ubicación de la crema hidratante de

manos, poniéndola al lado de la toalla para que quede siempre a la vista poder utilizarse después de secarse las manos con la toalla.

Se le entrena a usar billetes de 5 y 10 euros y monedas de 5, 10, 20, 50 céntimos, 1 y 2 euros, para poder realizar pequeñas compras en el supermercado del barrio con mayor seguridad.

La reevaluación (ver tabla IV) se realiza después de pasar las 24 sesiones (dos meses y medio) utilizando las mismas herramientas que en la evaluación inicial, añadiendo el cuestionario de satisfacción ⁽³⁷⁾ (Anexo 7).

RESULTADOS

En la valoración final del MEC se obtiene una puntuación de 23 puntos indicando deterioro cognitivo moderado. Se consigue mejorar 2 puntos más que en la evaluación inicial, puesto que es capaz de memorizar las tres palabras que tenía que memorizar y saber el día del mes y la estación del año en la que estamos.

Disminuye la puntuación de la fluencia verbal y denominación por categoría (Set Test de Isaac) del 27/40 en la valoración inicial al 26/40. En la reevaluación de esta escala la paciente señalaba problemas de estomago y malestar, con lo cual no se sabe si la puntuación ha disminuido debido al malestar general del día de la reevaluación de esta prueba.

En el Índice de Barthel se ha mantenido estable la puntuación.

Con respecto a la escala de Lawton y Brody se consiguió una mejora en los siguientes ítems: capacidad de usar el teléfono, manejo de asuntos económicos y preparación de la comida.

F.G.V. después de completar el cuestionario de satisfacción se siente muy orgullosa de poder participar en la elaboración de este trabajo, quedando muy satisfecha y contenta por la atención recibida a lo largo de todas las sesiones por parte del terapeuta y del resto del equipo.

Tabla IV PROCESO DE REEVALUACIÓN	
Prueba	Puntuación
MEC	24/35
Set Test de Isaac	26/40
Índice de Barthel	95/100
Escala de Lawton y Brody	7/8

Tabla IV Proceso de reevaluación

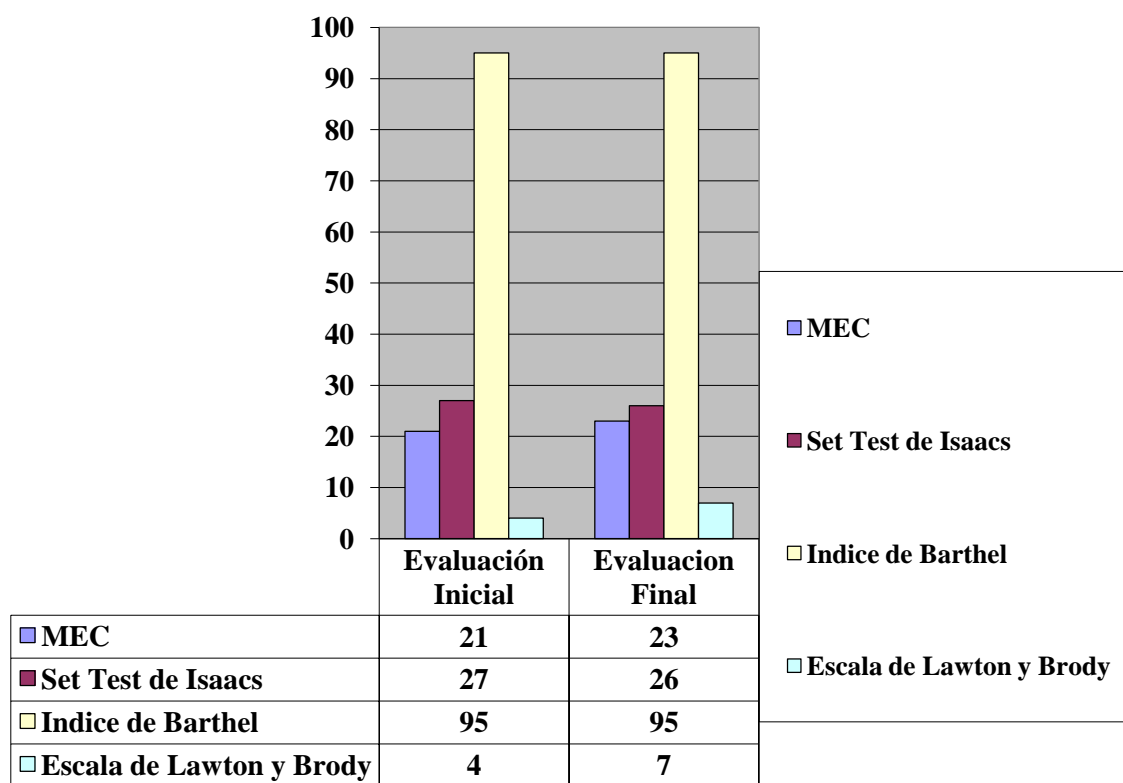


Tabla V RESULTADOS DE EVALUACION INICIAL Y EVALUACION FINAL

5. DISCUSIÓN

Después de la reevaluación se observa un mantenimiento e incluso mejoría en la capacidad funcional, en la cognición, en habilidades y destrezas.

Se considera que el programa de intervención desde Terapia Ocupacional ha dado buenos resultados, afirmando que los objetivos planteados al principio de este trabajo se han cumplido la mayoría.

La intervención desde Terapia Ocupacional en el deterioro cognitivo leve puede ser utilizado como tratamiento en fases iniciales así como en la detección temprana.

Se han encontrado limitaciones para la realización de este trabajo, debido a que la disposición de literatura sobre el término “trastorno neurocognitivo leve” del DSM 5.

En un futuro, trabajar también con la familia (hija), puede ser un factor positivo para el desarrollo de algunas actividades que requieren un profesional ayudándole con la tarea.

6. CONCLUSIONES

La estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo, tiene como objetivo principal la mejora del funcionamiento cognitivo aumentando las capacidades y habilidades cognitivas que tiene la persona así como enlentecer el proceso de deterioro.

Según los resultados obtenidos en este trabajo podemos apoyar las afirmaciones de los autores como Ganguli, Loewenstein y Peraita et al., afirmando que el DCL puede permanecer estable ⁽⁶⁻⁸⁾.

Del mismo modo, otros autores demuestran en sus estudios que las personas con DCL mantienen la capacidad de aprender habiendo evidencias de plasticidad cognitiva ⁽¹⁵⁾.

Cabe destacar el papel fundamental del terapeuta ocupacional, conocedor de los principios fundamentales de análisis y adaptación de la ocupación, del proceso de evaluación y planificación de tratamiento desde la Terapia Ocupacional. Por todo ello es indicada la personalización de las sesiones de intervención en función de las necesidades individualizadas y desempeño ocupacional de la persona.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Tratado de Geriátría para residentes Sociedad española de Geriátría y Gerontología; capítulo 16 Deterioro cognitivo leve, Ma. Solange Amor Andrés, Esperanza Martín Correa, p: 169-72.
- (2) Petersen RC, Smith GE, Warning SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999; 56: 308-8.
- (3) Petersen RC, Negash S. Mild cognitive impairment: An overview. CNS Spectrums. 2008; 13(1):45-53
- (4) Gore, W. L., & Widiger, T. A. The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. J Abnorm Psychol. 2013; 122: 816-21.
- (5) Luck T, Luppá M, Briel S, Riedel-Heller SG. Incidence of mild cognitive impairment: a systematic review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010; 29(2):164-75.
- (6) Ganguli M, Dodge HH, Shen C, DeKosky ST. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study. Neurology. 2004; 63(1):115-21
- (7) Loewenstein DA, Acevedo A, Small BJ, Agron J, Crocco E, Duara R. Stability of Different Subtypes of Mild Cognitive Impairment among the Elderly over a Two To Three Year Follow-Up Period. 2009; 27(5): 418-23.
- (8) Peraíta H, García-Herranz S, Díaz-Mardomingo C. Evolution of specific cognitive subprofiles of mild cognitive impairment in a three-year longitudinal study. Current Aging Science. 2011; 4(2):171-82.
- (9) Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Cummings JL, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. Lancet Neurol. 2010; 9(11):1118-27.
- (10) Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease:

recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's dement.* 2011; 7(3):270-9.

(11) Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Featured Article: Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's dement.* 2011; 7(3):280-92.

(12) Sachdev PS, Lipnicki DM, Crawford J, Reppermund S, Kochan NA, Trollor JN, et al. Risk profiles of subtypes of mild cognitive impairment: The sydney memory and ageing study. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(1):24-33.

(13) Limón Ramirez E, Argimon Pallás JM. Demencia, deterioro cognitivo leve y valores poblacionales de referencia. *Med Clin (Barc).* 2004; 122(19): 744-5.

(14) González Palau F, Franco Martín MA, Jiménez Gómez F, Bernate Navarro M, Parra E, Torbibo JM, et al. Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve: revisión de efectos y eficacia. *CNPs.* 2012; 6:84-102.

(15) Akhtar S, Moulin CJ, Bowie PC. Are people with mild cognitive impairment aware of the benefits of errorless learning? *Neuropsychol Rehabil.* 2006; 16:329-46.

(16) Jean L, Simard M, Wiederkehr S, Bergeron ME, Turgeon Y, Hudon C, et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomised controlled study. *Neuropsychol Rehabil.* 2010; 20: 377-405.

(17) Molina MÁ, Schettini R, López-Bravo MD, Zamarrón MD, Fernández-Ballesteros R. Original: Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46(6):297-302.

- (18) Stern Y. Imaging cognitive reserve. En: Stern Y, editor. Cognitive reserve: Theory and applications. Filadelfia, PA, US: Talor & Francis; 2007. p.251-63.
- (19) Díaz- Orueta U, Buiza- Bueno C, Yanguas- Lezuan J. Reservacognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45:150-5.
- (20) Lojo-Seoane C, Facal D, Juncos-Rabadán O. Revisión: ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47(6):270-8.
- (21) Riley KP, Snowdon DA, Desrosiers MF, Markesbery WR. Early life linguistic ability, late life cognitive function, and neuropathology: Findings from the Nun Study. Neurobiol aging. 2005; 26(3): 341-7.
- (22) Kolb B, Mohamed A, Gibb R. La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normal y en el dañado. Rev trast comunic. 2010; 10: 1016-27.
- (23) Redolat R, Carrasco MC. ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Anales de Psicología (Murcia). 1998; 14(1):45-53.
- (24) Ontaneda MdC. Una nueva perspectiva del pensamiento del adulto mayor: la modificabilidad cognitiva María Dolores Calero 1, Elena Navarro González 2. La plasticidad cognitiva en la vejez. Barcelona, Octaedro. 2006; p.121.
- (25) Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
- (26) López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses. 2011; 37(3):122-7.

- (27) Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barcelona)*. 1999; 112(20):767-74.
- (28) Horcajuelo C, Criado-Álvarez JJ, Correa S, Romo C. Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la Enfermedad de Alzheimer y adultos sanos en San Bartolomé de las Abiertas (Toledo, España). *Rev invest linguist* 2014; 4(2):112-31.
- (29) Pascual Millán JV, Martínez Quiñones P, Modrego Pardo E, Mostacero Miguel J, López del Val J, Morales Asín F. El Set-Test en el diagnóstico de la demencia. *Neurol*. 1990; 5:82-5.
- (30) M.^a Milagros de la Fuente Sanz, Isabel BM, Francisco José, Fernández de Santiago, Mercedes ML, Francisco José NC. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel / Functional dependency of institutionalized elderly people measured by the Barthel index. *Gerokomos*. 2012; 23(1):19-22.
- (31) Buzzini M, Secundini R, Gazzotti A, Giraldes R, Arbildo R, Druetta S, et al. Validación del índice de Barthel. *Boletín del departamento de docencia e investigación IREP*. 2002; 6(1):9-12.
- (32) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev esp sal púb*. 1997; 71(2):127-37.
- (33) Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*. 2015; 47(6):329-35.
- (34) Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. *Am J Nurs*. 2008; 108(4):52-62.

- (35) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [03/04/2017]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
- (36) Arilla S, Calatayud E, Gómez I. Cuadernos de colores de activación mental. Zaragoza: Comuniter. 2012; 6 v.
- (37) Valero Merlos E., San Juan Jiménez M. "Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional. Intervención desde la infancia a la vejez". Primera edición. Editorial Monsa-Prayma Ediciones; 2010.

8. ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo

Don/Doña.....
.....

He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Terapeuta Ocupacional
.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el/la Terapeuta Ocupacional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice las pruebas necesarias para llevar a cabo la investigación.

En Zaragoza, a..... de..... de

Fdo. Terapeuta Ocupacional

Fdo. EL/LA PACIENTE

.....

.....

ANEXO 2: DOCUMENTO INFORMACIÓN

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN

Estimulación cognitiva en un caso único de deterioro cognitivo leve a través de la terapia ocupacional

Doña....., ha sido invitada a participar en una investigación sobre la estimulación cognitiva en un caso único de deterioro cognitivo leve a través de la terapia ocupacional.

Este estudio de investigación es realizado por Doru Adrian Palacean, Terapeuta Ocupacional, con la ayuda y colaboración de la Universidad de Zaragoza.

Objetivos del estudio

El propósito de este trabajo es valorar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva diseñada para una paciente de la Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias Iniciales "Los Sitios" de la Fundación La Caridad situada en Zaragoza, que padece Deterioro Cognitivo Leve y ver su transferencia a la vida diaria.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que usted participe activamente en las actividades que cada día se propongan.

Beneficios del estudio

Los beneficios esperados de esta investigación son la mejoría del estado físico del paciente y su rendimiento cognitivo y funcional, a fin de incrementar su autonomía personal en el día a día.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida mediante la Ley de Protección de Datos. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente y sólo serán usados para la presente investigación.

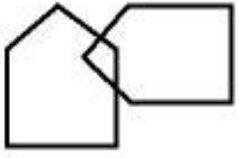
Para la presentación de dicho trabajo se utilizarán las iniciales y nunca el nombre real de la persona. Las sesiones se registraran y los datos se utilizaran solamente para la investigación, sin ser publicadas en ningún medio de difusión.

ANEXO 3: ESCALAS DE VALORACIÓN ABVD

ÍNDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
TOTAL		

ANEXO 4: ESCALA DE VALORACIÓN COGNITIVA

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (1.979)

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente	Edad
Ocupación	Escolaridad Examinado por Fecha
ORIENTACION	
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	PUNTOS (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta ....."	.....
Ciudad Prov. Nación ....."	..... (5)
FIJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	.....
"Ahora hacia atrás" ....."	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	.....
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."	..... (1)
"Escriba una frase" ....."	..... (1)
"Copie este dibujo":	..... (1)
PUNTUACION TOTAL (35)	
Nivel de conciencia	
Ciego	Sordo Otros

ANEXO 5: ESCALA DE VALORACIÓN AIVD

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono : . Utiliza el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar bien algunos números familiares Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.. . No utiliza el teléfono	1 1 1 0
Hacer compras : . Realiza todas las compras necesarias independientemente . Realiza independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.. . Totalmente incapaz de comprar.....	1 0 0 0
Preparación de la comida : . Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente . Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes . Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada . Necesita que le preparen y sirvan las comidas.....	1 0 0 0
Cuidado de la casa : . Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).. . Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas . Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza . Necesita ayuda en todas las labores de la casa..... . No participa en ninguna labor de la casa.....	1 1 1 1 0
Lavado de la ropa : . Lava por si solo toda su ropa..... . Lava por si solo pequeñas prendas..... . Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
Uso de medios de transporte : . Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche . Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte . Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros... . No viaja en absoluto	1 1 1 0 0
Responsabilidad respecto a su medicación : . Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta . Toma su medicación si la dosis es preparada previamente . No es capaz de administrarse su medicación.....	1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos : . Se encarga de sus asuntos económicos por si solo Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos Incapaz de manejar dinero	1 1 0
TOTAL	

ANEXO 6: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

ACIS

4 COMPETENTE	3 CUESTIONABLE	2 INEFECTIVO	1 DÉFICIT
Desempeño competente que apoya el rendimiento en la comunicación.	Desempeño cuestionable, que da lugar a un riesgo en el rendimiento y en la comunicación.	Desempeño inefectivo que conlleva a un resultado indeseable.	Déficit en el desempeño, conlleva a resultados inaceptables.

DOMINIO FÍSICO					
Se Contacta	4	3	2	1	
Contempla	4	3	2	1	
Gesticula	4	3	2	1	
Maniobra	4	3	2	1	
Se Orienta	4	3	2	1	
Se Posiciona	4	3	2	1	
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN					
Articula	4	3	2	1	
Es asertivo	4	3	2	1	
Pregunta	4	3	2	1	
Se involucra	4	3	2	1	
Se expresa	4	3	2	1	
Modula	4	3	2	1	
Comparte	4	3	2	1	
Habla	4	3	2	1	
Sostiene	4	3	2	1	
RELACIONES					
Colabora	4	3	2	1	
Cumple	4	3	2	1	
Se centra	4	3	2	1	
Se relaciona	4	3	2	1	
Respeto	4	3	2	1	
TOTAL					

ESCALA DE NIVEL DE INTERESES

ACTIVIDADES	Fuerte Interés	Algún Interés	Sin Interés
Jardinería			
Costura			
Idiomas			
Actividades eclesíásticas			
Radio			
Televisión			
Caminar			
Escribir			
Poesías			
Mecánica			
Bailar			
Cantar			
Jugar al Golf			
Jugar/ver fútbol			
Jugar/ver baloncesto			
Jugar/ver balonmano			
Natación			
Música			
Asistir a charlas			
Jugar damas/ajedrez			
Cocinar			
Salir de fiesta			
Limpiar			
Puzzles/armables			
Cerámica			
Pintura			
Tener mascotas			
Política			
Comprar			
Andar en bicicleta			
Cazar			
Pescar			
Conducir			
Coleccionar			
Fotografía			
Otros			

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE SATISFACCION

Ante las siguientes preguntas, responde con:

- MB: muy buena.
- B: buena.
- R: regular
- M: mala
- MM: muy mala.

1. ¿Cómo valora la forma de explicarle el motivo del tratamiento?
2. ¿Cómo valora nuestra puntualidad asistencial?
3. ¿Cómo valora el trato recibido por parte del terapeuta ocupacional?
4. ¿Está satisfecho con el plan de tratamiento recibido?
5. ¿Cómo valora el trato del resto de profesionales del centro?
6. ¿Qué opinión tiene sobre las indicaciones dadas para continuar con su vida diaria?
7. ¿Qué le parece la idea de que se utilice su caso con fines clínicos, de trabajo o de investigación?
8. ¿La atención que ha recibido y recibe por parte del servicio de terapia ocupacional ha sido y es?